Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 1447 de 2018

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA
DOCTOR JORGE BASSO

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 13 de marzo de 2018

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señor Representante Walter De León (Vicepresidente).
MIEMBROS:	Señores Representantes Luis Gallo Cantera, Martín Lema Perreta y Nibia Reisch.
DELEGADO DE SECTOR:	Señor Representante Juan Federico Ruiz.
INVITADOS:	Ministro de Salud Pública doctor Jorge Basso; Subsecretario doctor Jorge Quian; doctoras Raquel Rosa, Adriana Brescia, Alicia Ferreira; economista Arturo Echevarría, doctor Humberto Ruocco y asistentes Natalia Nogués y Lourdes Galván.
SECRETARIA:	Señora Myriam Lima.
PROSECRETARIA:	Señora Viviana Calcagno.

SEÑOR PRESIDENTE (Walter De León). Habiendo número, está abierto el acto.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene el honor de recibir a una delegación del Ministerio de Salud Pública, integrada por el Ministro de Salud Pública, doctor Jorge Basso, el subsecretario, doctor Jorge Quian, las doctoras Raquel Rosa, Adriana Brescia, Alicia Ferreira y Natalia Nogués y los señores Arturo Etchevarría y Humberto Ruocco, a fin de conversar sobre el proyecto de ley relativo a centros de referencia en salud.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA. Es un gusto estar en esta Comisión para tratar este proyecto de ley que entendemos de gran importancia; inclusive, nuestra convocatoria participamos prácticamente a todas las direcciones generales del ministerio y a la propia gerenta del Fondo Nacional de Recursos.

Como ustedes saben, hay suficiente evidencia a nivel internacional el mundo va hacia ahí en cuanto a aquellas patologías que tienen características de complejidad, de prevalencia y de la necesidad de contar, fundamentalmente, con equipos estables, en general, multidisciplinarios, que manejen un número de

pacientes significativo para que se dediquen exclusivamente a realizar dichos procedimientos y así lograr estándares de calidad, que es a lo que aspiramos en términos de calidad.

Uno de los grandes desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud en términos de calidad, es lograr estándares comparativos a nivel internacional con toda la evidencia que resulta de los procedimientos asistenciales que la tecnología, el mundo moderno y el desarrollo continuo desde el punto de vista de la salud impone a tener en cuenta para cualquier sistema sanitario. Cualquiera que busque centros de referencia en la página web va a encontrar que es una estrategia que está muy desarrollada en los países del Primer Mundo. Precisamente, se basa en que la calidad depende, reitero más allá de la importancia de la hotelería, de los aspectos estructurales de contar con los recursos humanos dedicados básicamente a realizar determinados procedimientos y, en la medida en que se logra atender a un significativo volumen de pacientes, con la experticia necesaria para evitar complicaciones, disminuir riesgos y lograr eficiencia en la administración de los recursos, que es el otro aspecto que señalamos como trascendente de este proyecto. Cuando tenemos procedimientos de las características para los cuales están pensados los centros de referencia, dispersos en cuarenta y tres instituciones pertenecientes al Sistema Nacional Integrado de Salud, obviamente, eso genera no solo ineficiencias, problemas de calidad sino, también, costos o sobreagregados que debemos resolver.

Precisamente, uno de los grandes desafíos que tenemos como sector, es mejorar la calidad del gasto, la eficiencia, la utilización de los recursos porque en la puerta tenemos un conjunto de nuevos procedimientos, de nuevos fármacos y de nuevas tecnologías que tenemos que ver cómo las vamos incorporando, comenzando por administrar bien las responsabilidades que hoy están consolidadas en el marco de las prestaciones obligatorias.

El otro aspecto del proyecto de ley que me parece importante es que se plantea generar una modificación sustantiva en cuanto a la distribución territorial de los centros asistenciales de alta complejidad.

Como todos saben, tenemos una larga historia, diría, de concentración en la capital del país y, a veces, en la zona metropolitana, pero, fundamentalmente, en la capital del país, de los centros de alta tecnología. Hay una lógica que explica esto. Hasta ahora el instrumento que hemos empleado desde 1980 hasta la fecha es la asistencia especializada, los IMAE, que por razones de su propia conformación porque son empresas que tienen un fin comercial, de empresa privada se concentran en aquellos lugares donde tienen menor riesgo, que es donde tiene más población. Este es un tema a resolver.

La lógica de los centros de referencia también intenta cambiar esa especie de desafío histórico que tiene el Sistema Nacional Integrado de Salud en cuanto a una distribución territorial racional con una orientación sanitaria y no exclusivamente de carácter comercial; es decir que, en términos de calidad, de eficiencia y de distribución, son aspectos sustantivos que pretende resolver este proyecto de ley. A esta iniciativa le asignamos enorme importancia dentro de lo que son los aspectos estructurales en el marco normativo existente en el Sistema Nacional Integrado de Salud. No es un proyecto más; creemos que es un proyecto eje de la reforma, que la profundiza, avanza, que da cuenta con una mirada presente, pero de cara al futuro y pensada en términos de adecuarnos a lo que ya está inventado, a lo que se sabe de la evidencia internacional, en cuanto a promover el desarrollo de estos centros de referencia.

Tampoco es una idea novedosa en el país, pues en la Novena Conferencia médica se planteó como una necesidad y permanentemente aparecen desafíos que pensamos resolver con esta lógica de los centros de referencia. Por lo tanto, reitero que todo el ministerio está muy comprometido en cuanto a contar con esta herramienta, que no sustituye a las existentes, pero que resuelve de cara al futuro cómo seguir trabajando en términos de desarrollo de la experticia vinculada a algunas patologías de alta dificultad para resolver hoy por hoy con los instrumentos que tenemos.

Hay algunos ejemplos que no tienen forma jurídica que no son centros de referencia, pero que ofician como tales, que vale la pena mencionar. Por ejemplo, el Centro Nacional de Quemados es un centro de referencia, funciona como tal aunque no existe todavía esa forma jurídica. A ningún prestador se le ocurre antes existieron otras instituciones privadas que tenían dependencias asistenciales vinculadas a los tratamientos de quemados, pero que en ese caso desistieron de seguir en ese camino poner en tela de juicio la importancia que tiene que el país cuente con el Centro Nacional de Quemados que está logrando estándares de calidad muy similares a los del resto del mundo. Ello es así por la propia virtud de la conformación profesional de los equipos docentes y académicos que allí se integran y, también, por el propio diseño que oportunamente el propio país se dio. El otro centro es el Crenadecer que funciona en la órbita del Banco de Previsión Social y

que atiende las enfermedades raras. Todos saben que este tema en el mundo es de enorme importancia, pues golpea permanentemente a incorporar nuevas enfermedades que entran en esa categoría de enfermedades raras; hay más de dos mil tipos de enfermedades de estas características. La estructura que se dio en el ámbito del Banco de Previsión Social para el Crenadecer, está dando una adecuada respuesta, por lo que creemos que va en el camino de formalizarse institucionalmente esa formulación.

Este tema ya lo hemos trabajado en la Comisión de Salud del Senado; seguramente, los señores diputados pudieron ver las actas y apreciar los intercambios que allí se hicieron. Podrán preguntarse cuál es el horizonte, cuál es el número, en cuántos centros de referencia se está pensando y cómo se va a hacer una planificación. Precisamente, decíamos que la experiencia internacional demuestra que los países progresivamente a partir de un estudio de un equipo que se dedica a estudiar la pertinencia de esta institucionalidad tratan de resolver este asunto. En ese sentido, por ejemplo, nuestro país necesita de un centro de trauma porque debe resolver lo que tiene que ver con la accidentalidad de una manera más adecuada, tratando de pensar como sucede en los países que son referencia en estos temas. Cuando hay un accidentado hay que preguntarse dónde es mejor llevarlo, dónde están las mejores condiciones y no estar pendiente de qué prestador se trata para llevarlo a esa puerta que, de pronto, no necesariamente está en condiciones de resolverlo en tiempo y en forma. Es un ejemplo. La rehabilitación es muy importante para la población que va envejeciendo. Hay que asumir lo que significa resolver de una forma sistémica y no con pequeñas estructuras fragmentadas que hoy existen en el Sistema Nacional Integrado de Salud buena parte de ella, que se genera a partir de los accidentes, pero también de la edad, lo que implica la necesidad de incorporar equipos integrales, polifuncionales, que puedan entrar en esta lógica de los centros de referencia a nivel nacional.

También hay otros temas que son particularmente muy sensibles. Me refiero, sobre todo, al número de cirugías pediátricas que en algunas patologías requiere de una rápida actuación por parte del equipo de cirujanos que tiene mucha experticia. El doctor Quián, que es pediatra, dice que hay patologías del recién nacido que requieren de una respuesta rápida del conjunto de especialistas, sobre todo, la cirugía gastrointestinal. El prestador, quizás, haya hecho una o dos en la vida, por lo que parecería necesario, si hay veinte o treinta casos por año, que todos vayan a un lugar donde estén las mejores condiciones para resolver con experticia.

Los pacientes hemofílicos también requieren una atención integral. No solo se trata del factor de coagulación que les falta, sino de un conjunto de acciones que tienen que ver con cómo generar las mejores condiciones para su tratamiento.

Muchas veces, los usuarios van migrando, tratando de identificar en qué prestador se encuentra el mejor equipo, debido al desarrollo institucional propio. Pero no hay una lógica sanitaria que identifique que necesitamos un centro de atención para los hemofílicos, por ejemplo, y dónde tendría que estar para resolver la distribución territorial.

Naturalmente, estamos pensando en que estos centros de referencia pueden ser públicos o privados. En el proyecto de ley se plantea que haya un llamado. Luego de que la comisión honoraria asesora identifica cuáles son los centros de referencia sobre los que se genera evidencia que se justifica, se hacen llamados a las instituciones y se ponen en marcha los lugares o ámbitos donde se van a desarrollar. Está previsto un período de transición, de tal manera que aquellos pacientes que hoy están distribuidos dentro de los cuarenta y tres prestadores que tienen esa patología me refiero a la atención puntual, no integral, de toda la condición sanitaria de esos pacientes; a la atención puntual de determinadas patologías se atiendan en el centro de referencia. El prestador integral sigue siendo el responsable del proceso de atención integral de todos los usuarios.

Este mecanismo tiene su correlato en el área de financiamiento. Estamos pensando en estructuras nuevas porque reitero son los prestadores públicos y privados existentes los que se presentarían como candidatos a ser centros de rehabilitación. Por lo tanto, no hay una inversión desde el punto de vista de la infraestructura ni financiamientos extraordinarios. Tiene que haber una redistribución de un actual financiamiento, en la medida en que las cápitas que reciben los prestadores para cumplir el plan integral de atención a la salud permita identificar, a través de la forma en que se realiza, cuál es el componente de la cápita que tendría que trasladarse desde el Fondo Nacional de Salud al Fondo Nacional de Recursos, que será el órgano que financiará a los centros de referencia.

Estamos planteando hacer una mejor distribución de los recursos, pensada con una lógica sanitaria, con calidad y eficiencia y distribución territorial.

Se pueden dar distintas circunstancias. Hay algunos procedimientos que ya están siendo financiados por el Fondo. Hay otros que están incluidos en el PIAS; eso no tiene la lógica del centro de referencia. Además, hay otras prestaciones que van a venir que hoy no están en el PIAS, por lo que hay que pensar cómo integrarlas. Podemos dar ejemplos, pero estamos tratando de ver cómo organizamos lo que actualmente significa el gasto del sector salud, que es significativo, con una nueva estructura y formulación desde el punto de vista del sistema de salud, que logre resolver lo que hasta ahora ha venido siendo muy dificultoso: una distribución territorial acorde con las necesidades sanitarias, con una lógica sanitaria y no exclusivamente con una lógica comercial. Además, hay que poner un rumbo al concepto de estándares de calidad y manejo de recursos eficientes.

Hay algunas situaciones que también están incluidas estratégicamente en el proyecto de ley, como la formación de recursos, sobre todo, porque para algunos de estos procedimientos en los que estamos pensando tenemos que generar masa crítica suficiente, y no estamos hablando exclusivamente de médicos, sino de equipos de salud. La práctica, la cotidianeidad, demuestra que los centros de referencia son ámbitos más que ideales para realizar la asistencia y docencia. Por lo tanto, el proyecto de ley obliga a los centros de referencia a generar recursos para dar continuidad en el marco de lo que está definido como un servicio de interés general, que da garantías y no tiene interrupciones. Está previsto que ante cualquier dificultad como la interrupción de servicios, hay mecanismos que logran que esta prestación no se interrumpa.

Ninguna de estas cosas es obvia ni sencilla. No estamos iniciando de la nada. Hay mucha cosa que existe y el gran desafío es cómo lograr las distintas viabilidades que cualquier cambio de este tipo significa desde el punto de vista técnico, sanitario, institucional y político. Cualquier cambio de esta magnitud requiere lograr los mayores consensos posibles porque se trata de políticas de Estado a corto, mediano y largo plazo, en la cuales a todos nos interesa participar.

SEÑOR LEMA (Martín). Agradezco la presencia del señor ministro de Salud Pública y a las autoridades que concurren en el día de hoy.

Tenemos conocimiento de esta iniciativa. Hemos mantenido las charlas que siempre se tienen cuando llega cualquier proyecto de ley al Parlamento. Una de las cosas que dije a los legisladores del oficialismo es que para nada estoy cerrado a discutir este tema. Es más: si uno mira el titular, uno lo comparte. Obviamente, es una tendencia y esa especialización de la que recién hablaba el ministro de Salud Pública puede redundar, si es bien instrumentada, en una mejora de la calidad asistencial. Así que en cuanto a la idea, uno puede llegar a compartir la pretensión.

Tengo algunas dudas y haré algunas preguntas. Imagino que este proyecto, por sus características, se tendría que haber presentado al principio de un Período y no a mediados, como se está haciendo en esta oportunidad, sin perjuicio de que es bienvenido.

Quisiera hacer algunas preguntas puntuales, a pesar de que en la exposición el señor ministro tocó varios temas que vamos a consultar. Me gustaría que las preguntas sean puntualmente respondidas para que luego en el análisis que vamos a hacer con un espíritu totalmente constructivo, podamos apreciar cada una de ellas en forma concreta.

El artículo 1° refiere a la concentración en un número reducido de entidades. La primera consulta es si tienen el número de entidades que tendrían esta característica.

La segunda pregunta refiere a cuáles son los criterios para considerar las patologías como complejas y de baja prevalencia.

La tercera pregunta es sobre el artículo 3°, que dice relación con la cobertura geográfica. Me gustaría saber cuáles son los mecanismos que tiene pensado instrumentar el Ministerio para garantizar que la distribución de los centros sea equitativa entre el interior del país y la capital.

La cuarta pregunta tiene que ver con el funcionamiento con los IMAE. Me gustaría que informaran sobre la convivencia entre los IMAE y los centros de referencia, ya que si uno ve la definición en el Decreto N° 358,

de 1993, nota que es muy parecida en uno y otro caso.

La quinta pregunta está referida al artículo 8°, relativo a las garantías. Me gustaría saber cuáles serán los mecanismos para garantizar el servicio en caso de imposibilidad del centro. Lo que dice este artículo es que el Ministerio establecerá los mecanismos e instrumentos necesarios para garantizar la prestación del servicio en caso de imposibilidad del centro o servicios de referencia. Quisiera que se desarrollara más a qué tipo de garantías tienen planificado recurrir en caso de que se dé alguna de las circunstancias que menciona el artículo 8°.

La sexta pregunta es si existe un estudio de impacto económico en los prestadores. Si bien me quedó claro que el ministro hacía referencia a que muchas de estas cosas se están dando en los hechos y es necesario un marco normativo, obviamente, si no se fueran a introducir modificaciones prácticas, no estaríamos discutiendo un marco normativo. Por eso, me gustaría saber si se hizo un estudio de impacto económico en este sentido.

La séptima pregunta dice relación con el artículo 14, que habla de las patologías que se atienden en centros de referencia; si el prestador no fuera designado como tal, cesaría en esas actividades específicas, y se habla de una transición de treinta y seis meses. Me gustaría saber si se ha realizado una evaluación de esta disposición y cómo podría afectar esta medida a los prestadores.

La octava pregunta es sobre la formación de recursos humanos, a lo que también se hizo referencia por parte del ministro. Me gustaría saber cuáles son las medidas que tiene previsto llevar a cabo para asegurar la capacitación de los recursos humanos, a fin de cumplir con los fines que mencionaba el señor ministro.

La novena y última pregunta es sobre los artículos 20 y 21, en los que se prevén sanciones para los que no cumplan con la ley.

Voy a hacer un paréntesis en el que no profundizaré porque no es el tema de hoy, pero quiero decir que he sido bastante crítico respecto de la fiscalización del Ministerio de Salud Pública. En el entendido de que una normativa pretende transformar las cosas en algo positivo, de que no se hace para que quede solo como un texto legal que todos podamos aplaudir o que a todos nos conforme, la fiscalización, la parte del control es fundamental. Por eso, me gustaría saber si tienen previstos los controles y cómo se van a determinar las diferentes sanciones a los prestadores.

Por el momento, me quedo por acá, a la espera de las respuestas.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA. Creo que los temas planteados son más que razonables. Como decíamos, no estamos generando una institucionalidad sobre la nada y, obviamente, siempre nos afiliamos a la idea de mantener lo que funciona bien, pensando en cómo resolver lo que está pendiente o funciona mal. Es de sentido común, pero me parece que es una lógica de gobierno.

En este caso, presentamos este proyecto de ley que refiere a la institucionalidad de cosas que reitero en algunos casos ya existen y otras que se deberán construir. No estamos presentando un plan de aplicación de los centros de referencia, porque es algo que tendremos que construir con la comisión honoraria que estamos conformando. Precisamente por eso la integran la Facultad de Medicina y toda la Academia; interactuamos con estas instituciones cuando hay que tomar decisiones de este porte, a los efectos de identificar las prioridades.

Seamos claros: uno de los grandes desafíos que siempre está presente en el sector salud es definir prioridades. Los recursos son finitos y las necesidades siempre son crecientes. Las sociedades modernas logran más esperanza de vida, lo que lleva a que las patologías crónicas las que no se curan requieran atención permanente. Por ello, hay un enorme desafío que implica cómo atender esa buena noticia que es que la gente vive más.

La idea que tenemos es que la comisión instalada comience a manejar, dentro del listado que he citado, pero puede haber otros casos , con qué proyectos empezará y cuál es la viabilidad. Me refiero a la viabilidad que cualquier proyecto debe tener para ir generando un plan de trabajo.

En cuanto a la definición de enfermedades de baja prevalencia, la OMS habla de una persona cada diez mil, pero en términos estadísticos hay muchas afecciones que tienen esa característica. Para darles una idea, en España hay sesenta y seis centros de referencia. Inclusive, algunos centros de referencia son de la Comunidad Europea, porque hay enfermedades de tan baja prevalencia que a un país de Europa van pacientes de todos los demás del continente.

Como ven, un análisis para establecer de antemano el número total sería más que aventurado y poco serio, porque requeriría un estudio concreto y conocer las viabilidades.

Quiero reiterar algo que es de enorme importancia y que, además, hemos conversado está entre los desafíos que nos planteamos a diez años de la reforma; es un tema que viene de larga data ; me refiero a la necesidad de tener un centro de trauma. Parece claro que debemos tener un centro de trauma para que esa concentración de recursos que tiene que estar en tiempo y forma acompañados, obviamente, por sistemas de traslados eficientes no esté dispersa en múltiples operadores Todo eso implica un desafío extraordinario que tenemos por delante como sistema.

Si uno mira la evolución de los centros de referencia a nivel internacional, advierte que comenzaron siendo quirúrgicos y que después se fueron incorporando centros de referencia para la atención médica y para algunas patologías quirúrgicas de enorme complejidad. Pero se requiere volumen para lograr que un equipo que brinde esa atención y logre la experticia suficiente para tener estándares de calidad adecuados. Tenemos innumerables ejemplos de estas cirugías de alta complejidad, tanto pediátricas como de adultos, y es un enorme desafío para el sistema centralizarlas en un lugar y tener un equipo que forme a más personas y cuente con los equipos adecuados. En realidad, tenemos excelentes profesores y cirujanos, pero necesitan recambio; se debe ir armando una escala de formadores.

Por tanto, reitero que damos mucha importancia a la comisión honoraria, a la Academia y a la interacción con todo el sistema de salud, para definir qué centros de referencia tendrán prioridad, sobre la base de que algunos son más complejos que otros porque requieren mayores interacciones con un conjunto de intereses, que en el sector salud siempre están presentes y respecto de los cuales nadie puede mirar para el costado porque vivimos en una realidad concreta.

Entonces, la viabilidad de estos centros de referencia también depende de lograr los consensos suficientes a nivel sanitario para decir que realmente vale la pena, que uno introduce una institucionalidad que conlleva un conjunto de situaciones complejas vinculadas con las distintas viabilidades, pero el país hace bien en avanzar en esa dirección.

El artículo 1° del proyecto, al declarar de interés general la designación de estos centros de referencia, ya está marcando, desde el punto de vista jurídico, la necesidad de que se asegure la continuidad, sin perjuicio de prever la ocurrencia de alguna contingencia que pueda llevar a que se necesite un mecanismo que lo sustituya. Entonces, en ese aspecto está prevista una lista de prelación para el llamado que se realizaría. De esta manera, ante un evento catastrófico, siempre habrá alguna institución como alternativa para asegurar que esa declaración de interés general se lleve a la práctica.

El tema de la distribución territorial es el gran desafío que tenemos en el Sistema Nacional Integrado de Salud, porque lo reitero porque vale la pena las herramientas que actualmente tenemos tienden a la centralización. Obviamente, si se trata de empresas con fines de lucro, van a ir a lugares donde tengan menos riesgo. Hay más riesgo donde es mayor la población; eso es inevitable. Entonces, necesitamos tomar decisiones con una mirada sanitaria que identifique dónde ubicar el o los centros de referencia, teniendo en cuenta las rutas de comunicación, la accesibilidad, la infraestructura y el equipamiento instalado, de manera de lograr los mejores resultados, en cuanto a que cualquier habitante del país sepa a dónde tiene que ir y que ese lugar tenga la mejor accesibilidad posible.

Entonces, el centro de referencia quiebra la lógica de que la institucionalidad se defina exclusivamente en función del menor riesgo económico; esa es la realidad. Eso implica que este instrumento va a establecer la necesidad de que en determinadas localidades se defina qué instituciones públicas y privadas instaladas están en condiciones de avanzar hacia un centro de referencia, y eso lleva a un proceso. Habrá que analizar ese proceso. Por eso yo decía que entre la lista de prioridades y las distintas viabilidades hay que estudiar cuál es la viabilidad para que una institución que está bastante lejos de la capital tenga las condiciones para que, en un tiempo razonable, se transforme en un plan que defina que salimos de este centralismo montevideano.

Me gustaría que la doctora Alicia Ferreira, del Fondo Nacional de Recursos, hiciera referencia a la convivencia con los IMAE.

SEÑORA FERREIRA (Alicia). En realidad, hoy en día ya se da esa convivencia. Como bien decía el señor ministro, el concepto de centro de referencia es natural a la hora de planificar la asistencia sanitaria porque, en los hechos, viene ocurriendo, diría, desde la creación del Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, por los años ochenta, cuando la tecnología en los equipos de cirugía cardíaca y de transplantes avanzó mucho. Entonces se conformaron estos IMAE porque, necesariamente, tenían que concentrar recursos muy calificados formados en el exterior para poder brindar una asistencia de calidad.

Con el correr del tiempo esto se fue desvirtuando, porque si bien el concepto de un centro de referencia contempló siempre la necesidad de concentrar recursos y equipamiento calificados, no hubo y sí existe ahora racionalidad sanitaria, para que hubiera mayor equidad entre la territorialidad y la necesidad, como bien decía el ministro, que no sea solo porque es rentable económicamente.

Como les decía, por la vía de los hechos hoy ya existe. ¿Por qué? Porque desde hace algunos años el Fondo Nacional de Recursos está financiando, por ejemplo, al Cenaque, pero también el transplante de hígado en adultos, que se realiza en el Hospital Militar. Allí se concentran los mejores recursos humanos, formados para realizar los transplantes. El Fondo está financiando ese programa de transplante; no es un IMAE. Es el único centro de este tipo que existe en el país, porque no tiene sentido que haya más de uno que realice transplantes hepáticos.

(Diálogos)

——Como bien decía el ministro, lo que se está financiando en ese centro ahí es el pretransplante, el transplante y el postrasplante. Es decir, hay una mirada de continuidad en la atención, y no como ocurre con la mayoría de los IMAE, que cubren una partecita de la atención del paciente para que luego el prestador continúe con la cobertura.

Voy a poner un ejemplo en el que parece que no se aplica el sentido común. En Uruguay existen tres centros de transplante de corazón y se realizan cuatro o cinco transplantes al año. En ese caso, como son IMAE, se paga el acto y después el seguimiento se hace en las instituciones. Lo mismo sucede con el transplante de riñón. El concepto es concentrar recursos, sin contemplar la necesaria continuidad de atención de los pacientes.

Nosotros pensamos que van a convivir durante un tiempo como lo establece el proyecto las figuras jurídicas de IMAE y de centros de referencia, que en algunos casos se fusionarán. Por ejemplo, ya cerraron los IMAE que realizaban transplante de médula ósea en niños. Hoy, los transplantes de médula ósea en niños se realizan en el Pereira Rossell. O sea que por la vía de los hechos quedó como único centro de referencia para esa patología de alta complejidad y de baja prevalencia.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA. Me parece que la forma en que estamos pensando la lógica de convivencia entre los centros de referencia y los IMAE es un tema altamente sensible.

Hay una lógica que tiene que imperar en la toma de decisiones sobre las distintas institucionalidades: la de los estándares de calidad. Si alguna de las estructuras existentes no logra la experticia suficiente por estar manejando un número muy reducido de casos, el primer desafío es que logre los estándares de calidad internacional. Si no los consigue, tenemos que discutir qué está pasando.

No hemos pensado esto para sustituir los IMAE, pero sí para asegurarnos que todos cumplan con los estándares de calidad que nos merecemos, porque siempre tenemos que compararnos con los mejores países del mundo. En general, podemos decir que eso es lo que está sucediendo. Lo sustantivo de los IMAE está funcionando con estándares de calidad suficientes como para decir que la estructura está operando bien y no necesita ser revisada. Hay otros IMAE que tienen que llegar a los estándares de calidad; estamos conversando con ellos y viendo cómo podemos ayudar para resolver los problemas que se plantean.

Reitero porque quiero dejarlo muy claro : este proyecto de ley no tiene el espíritu de sustituir a los IMAE, siempre y cuando logren demostrar buenos resultados, porque es lo que pesa a la hora de tomar las

decisiones. En términos de calidad, tanto las estructuras como los procesos son muy importantes, pero los resultados son los que definen si es pertinente o no continuar.

En nuestro país, lo sustantivo de los IMAE está a nivel de la excelencia; por lo tanto, no hay intención de sustituirlos. Pero hay algunos que tienen algunas dificultades y estamos estudiando con ellos cómo resolverlas. Algunos las han solucionado solos; tenemos varios ejemplos de ello. Por ejemplo, había instalaciones, personal ocupado y cuatro o cinco procedimientos por año; entonces, las propias instituciones solicitaron salir de esa situación. Hay otro caso sobre el que estamos conversando para ver cómo alcanzar los mayores niveles de experticia y estándares de calidad que se merece nuestro país.

Quisiera que el economista Echevarría hablara sobre el estudio del impacto económico hacia los prestadores

SEÑOR ECHEVARRÍA (Arturo). Para pensar en los efectos económicos que tendría la ley, me gustaría diferenciar tres situaciones distintas.

La primera de ellas es que hoy en día sea una prestación que esté financiada a través del Fondo Nacional de Recursos. El único cambio que habrá es que el Fondo Nacional de Recursos, en vez de pagarle a más de un IMAE por determinada prestación, le va a pagar al centro de referencia, en la medida en que no haya ningún otro cambio, los valores que viene pagando hoy, pero concentrado en una sola institución.

El segundo cambio es un poquito más difícil de ver. Se trata de que las prestaciones las estén dando los prestadores hoy en día; que lo haga cada uno de los cuarenta y tres prestadores o que tengan contratados a otros, pero que esté incluido en la cápita que se les paga, en función del sexo y la edad, para cubrir esa prestación. En ese caso, debemos realizar un cálculo que nos permita acercarnos claramente, en función de la población y probabilidad de este tipo de necesidad de intervención, para quitar de la cápita el valor que corresponde a esta asistencia y dársela al Fondo Nacional de Recursos para que, otra vez, con efecto neutro desde el punto de vista económico, esos recursos se destinen a pagar la misma prestación, pero otorgada por otra institución.

El tercer caso que también aparece en el proyecto refiere a cuando se quiera incorporar una nueva prestación. En ese caso, se va a seguir con los mismos mecanismos que tenemos hoy. Es decir, antes de ser incorporado, deberá ser analizado, ver el impacto presupuestal, discutirlo con el Ministerio de Economía y Finanzas y conseguir los recursos.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA. Podríamos seguir conversando sobre cualquiera de estos temas. Seguramente, surgirán inquietudes, pero me parece que debemos de continuar, en orden, con las preguntas que ya se plantearon.

Solicito que el doctor Quian haga referencia al período de transición al que se refiere el artículo 14.

SEÑOR QUIAN (Jorge). Como bien dice el ministro, con la creación de los centros de referencia, seguramente, instituciones que en la actualidad atienden a pacientes con patologías complejas y de baja prevalencia dejen de hacerlo en un plazo determinado, que está reglamentado en el proyecto de ley

Muchas de estas instituciones que brindan prestaciones complejas pueden haber invertido en instrumental, por lo que es necesario darles un plazo, a fin de que la situación no sea nefasta.

Como dijo el ministro quiero reiterarlo muchas veces , lo que prima es mejorar la calidad en la atención de estos pacientes, porque como se trata de enfermedades de baja prevalencia, muchas veces, la experiencia no es suficiente.

Me quiero referir especialmente a los equipos de asistencia. Cuando se habla de centros de referencias o IMAE, se piensa en el equipo médico. Pero el equipo no es el equipo médico, sino el equipo complejo que trabaja en estos centros: enfermería fundamentalmente , fisioterapia, asistentes respiratorios, asistentes sociales, psicólogos. Estas enfermedades complejas y de baja prevalencia, en general, tienen una repercusión que va mucho más allá de la posible o probable solución del problema médico; tienen una profunda implicancia en varios aspectos de la vida de la persona que padece la enfermedad ya sea niño o adulto y de su familia.

En todo el aporte que hemos encontrado en la literatura universal sobre estos centros de referencia, hemos visto que las transiciones se hacen de forma afirmativa, asertiva. Las instituciones tienen problemas para tratar a estos pacientes, porque les significan complicaciones desde el punto de vista médico y complejidades para resolver el problema.

Como decía la doctora Alicia Ferreira, el transplante de médula en pediatría significaba un problema para la institución que se encargaba de realizarlo, junto con el Pereira Rossell, porque tenía una enorme planta edificada, de más de 250 metros cuadrados, para hacer tres o cuatro transplantes en el año. Para la institución que dejó de hacer el transplante de médula ósea pediátrica esto resultó un beneficio, porque utilizó el lugar para instalar camas de internación de cuidados moderados. Muchas veces, desprenderse de equipamientos complejos y recursos edilicios de alta complejidad es un beneficio para esa institución.

Si el ministro me permite, quiero referirme a los recursos humanos.

Me parece fundamental que en estos centros la experticia se vuelque tanto a los médicos como al resto del personal, porque así como los médicos no tienen experiencia quirúrgica para resolver un problema porque ven un caso por año , los restantes integrantes de salud tampoco cuentan con ella. Pese a mi condición de médico, muchas veces es más importante la experticia que tiene una enfermera en el cuidado de un pos operatorio o en el cuidado del manejo de una enfermedad de tipo médico que el propio equipo médico. Por lo tanto, aquí se van a formar recursos que serán muy capaces de resolver mejor los problemas que como se están resolviendo actualmente.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA. El otro aspecto que también fue planteado como pregunta me parece sustantivo poder profundizarlo es el tema de los controles y sanciones económicas. Precisamente, uno de los aspectos más reconocidos y señalados por todos los actores vinculados a la salud es la capacidad del Fondo Nacional de Recursos, pues tiene un equipo muy potente que realiza las supervisiones y controles de todos los IMAE.

A nivel de ministerio, tenemos un convenio con el Fondo Nacional de Recursos, lo que de alguna manera permite el intercambio de experticias, de profesionales y de servicios. Como la ordenanza lo establecerá oportunamente porque así funciona con el Fondo Nacional de Recursos está previsto el contrato de gestión con cada uno de estos centros de referencia. Quedarían establecidos cómo se harán los monitoreos, los indicadores y controles a fin de asegurar el fiel cumplimiento de los compromisos que tiene con el desarrollo sanitario. Cuando se constate alguna irregularidad al que le compete aplicar la sanción económica es al ministerio. Precisamente, está pensado que el financiador que en este caso es el Fondo Nacional de Recursos realice con su propio equipo reitero, es el que acumula experticia en el marco del convenio con el ministerio la supervisión de estos centros de referencia, y al ministerio le competería la aplicación de la sanción, de acuerdo con la normativa existente.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis). Antes que nada quiero decir que es un gusto recibir a las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

Estamos ante un gran desafío, un gran proyecto de ley sobre los centros de referencia en salud. Me parece que llevarlo a la práctica es un gran desafío que tiene el Ministerio de Salud Pública.

Por otra parte, creo en la gradualidad de los procesos; no pensemos que en el corto tiempo vamos a tener un montón de enfermedades de baja prevalencia ya funcionando. Hay que trabajar con cautela. La medicina moderna como bien aquí se dijo va hacia los centros de referencia, nos guste o no.

El hecho de trabajar en forma individual ya quedó atrás y ahora hay que pensar en forma organizacional. Me parece que acá tenemos experiencias que fueron nombradas por las autoridades del ministerio. Creo que el Centro de Enfermedades Hepáticas y Transplantes es un ejemplo entre el Hospital de Clínicas y las Fuerzas Armadas. Además, el Cenaque es otro centro de referencia y uno tiene la imagen de que es un IMAE y, sin embargo, no lo es. Tenemos el Crenadecer como bien se señalara y el Cudim. Quiere decir que tenemos un camino realizado del que podemos tomar experiencia para otro tipo de patologías.

Quiero hacer hincapié en algo que está muy bien explicado en la ley: la responsabilidad de la institución. Quien piense que la responsabilidad es del centro de referencia en forma integral del paciente, se equivoca. La responsabilidad es de la institución a la que pertenece el usuario, y la responsabilidad del centro de

referencia es específicamente para las patologías y complicaciones que se refieren a la enfermedad que corresponda.

Lo más importante para tomar en cuenta cuando la comisión asesora empiece a desarrollar esto, es la delimitación de cuáles son complicaciones y cuáles no. Ya veo a las instituciones de asistencia médica colectiva estar peleando si le corresponde a ella o no cuando. Por ejemplo, ¿a quién corresponde tratar una trombosis venosa profunda de un pos operatorio de una obesa? o? ¿Al centro de referencia? Así hay innumerables ejemplos. Me parece que sería bueno incorporar este aspecto en el análisis cuando la comisión asesora haga los protocolos correspondientes.

Creo que acá tenemos la gran oportunidad de descentralizar. Si bien sabemos que en Montevideo se reúne la gran cantidad de expertos, técnicos y tecnología, acá tenemos la responsabilidad de ir formando equipos para descentralizar y no pensar que esto será centralismo, desarrollo en Montevideo. Dentro de algunas de estas primeras enfermedades que se pondrá en práctica, perfectamente pueden ponerse en práctica en el interior. Hablo así porque soy del interior. Me parece que no es bueno que esté contemplado en la ley, pero sí en la toma de decisión debemos pensar en la pata de descentralización porque, de lo contrario, siempre vamos a seguir centralizando toda la tecnología en Montevideo. Entonces, todos quienes criticamos acá, vamos a seguir en el mismo espíritu que no es el que tiene el ministerio, que es de descentralizar en la medida de lo posible porque habrán cosas que nunca se podrán descentralizar, ya que la realidad así lo indica.

Por otra parte, es una tarea difícil. Reitero que es un gran desafío que está acorde con las autoridades del ministerio en cuanto a llevarlo adelante. Además, lo que tiene que ver con el financiamiento, muy bien explicado por el economista Etchevarría, es así.

La gran duda que había era qué sucedería con aquellas patologías que no están comprendidas en el PIAS, que hoy no son tratadas por ninguna institución. Por ejemplo, el tratamiento de la obesidad, la cirugía bariática no está comprendida en el PIAS. En lo que me es personal, creo que este es un gran momento para desarrollar un centro de cirugía bariática por la cantidad que hay, porque se requiere equipamiento, tecnología y equipo multidisciplinario con muchos expertos en el tema. Sin embargo, esta enfermedad no está comprendida en el PIAS. Entonces, habrá que negociar como se negocia cualquier incorporación al PIAS de cualquier enfermedad. Tampoco veo que esto sea un problema; obviamente que demorará más porque los recursos son finitos y habrá que ir viendo las posibilidades. Este era uno de los problemas que teníamos porque no sabíamos de dónde saldría el financiamiento para aquellas cosas que no están comprendidas en el PIAS y, ahora, hay mecanismos para incorporarlas. Esto no es tan sencillo como las dos primeras eventualidades, las que financia el Fondo Nacional de Recursos o las instituciones que están comprendidas, que es un trasiego de dinero.

La pregunta planteada por el diputado Lema, que refiere al impacto que pueden tener las instituciones, me interesa que se responda con números, aunque no en el día de hoy. Por ejemplo, quisiera saber cuánto se generaría de hemofilia o cuánto cobra cada institución dentro de la cápita lo que cobra cada institución por el tratamiento de la hemofilia.

Esto genera un impacto que, como es de baja prevalencia en la institución, no afecta mucho, pero cuando se la sacan, me parece que es importante contar con ese dato para saber el impacto financiero que pueda tener.

El compromiso de esta Comisión es de trabajar intensamente. Nos pareció de orden convocar a las autoridades del ministerio para que nos dieran el primer pantallazo de este proyecto de ley. Hay una lista de personas que van a asistir a esta Comisión como, por ejemplo, organizaciones científicas, académicas que tienen intenciones de aportar. Nuestro compromiso es ponernos a trabajar a fin de que esto sea una realidad.

SEÑOR PRESIDENTE. Este proyecto de ley es muy importante y un ejemplo de ingeniería pues con los recursos disponibles, luego de un análisis de estructuras y procesos, se obtendrán resultados espectaculares con esa reorganización del sistema que se da en un momento de convergencia, es decir, por un lado, los cambios de la medicina que son espectaculares y, por otro, nosotros migramos hacia un sistema nacional integrado, lo que permite el desarrollo de todo esto. También este cambio se da en un clima en el cual el ministerio tiene la capacidad política, y no lo digo en término partidario. Como muy bien decía el señor subsecretario, aquí convergen distintos intereses que son naturales, sobre todo, en la salud donde hay muchos colectivos. La resolución política, con diálogo en los posibles conflictos, es la mejor manera de avanzar a fin

de alcanzar los objetivos. Creo que el ministerio ha demostrado una capacidad, una experticia en ese sentido. No digo esto para quedar bien con ustedes, sino que así es la realidad.

Creo que esto va a mejorar la práctica de la medicina de acuerdo con el estado del arte y según los principios de justicia, esto es, dar a las personas, a los ciudadanos, lo mejor de acuerdo con la economía de la salud; es decir, no se trata de gastar dinero, que es un recurso finito, y recursos humanos invertirlos, a veces, en acciones que son fútiles.

Me parece que este es un paso muy importante y que el proyecto de ley es muy bueno, que va en la línea de los países desarrollados. En los hechos en Uruguay esto ya se ha ido generando en la práctica de nuestro sistema que tiene un background con el Fondo Nacional de Recursos que ya tiene experiencia y capacidad para fiscalizar y controlar el sistema.

En la práctica podemos ver que el Fondo Nacional de Recursos hace un seguimiento del paciente, que es donde muchas veces se juegan los resultados.

Por lo tanto, estamos en las condiciones ideales, tanto en política institucional como en nuestras estructuras y procesos. Como dije al principio, vamos a tener resultados espectaculares en ese sentido.

Agradecemos vuestra presencia. La exposición ha sido muy clara.

Si nadie más hace uso de la palabra, se levanta la reunión.